

### 3.4. INFECCIONES DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Beatriz Sobrino Díaz<sup>1</sup>, Luis F Caballero Martínez<sup>1</sup>, Eric Serrano Corro<sup>2</sup>, Antonio Martín Paez<sup>3</sup>, Manuel Bravo Bardají<sup>4</sup> y Ismael Menéndez Quintanilla<sup>4</sup>,

Servicio de Enfermedades Infecciosas<sup>1</sup>, Servicio de Cirugía Plástica<sup>2</sup>, Servicio de Urgencias<sup>3</sup>, Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología<sup>4</sup>

Infección UPP	Etiología	Tratamiento elección	Alternativa alérgicos	Otras medidas
<b>Grado I</b> Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta		<ul style="list-style-type: none"> <li>Medidas de Prevención</li> <li>Analgesia</li> <li>Limpieza-Secado Suave</li> </ul>		Desaconsejado ATB tópicos <ul style="list-style-type: none"> <li>Apósito Espuma poliuretano</li> <li>Apósito hidrocoloide</li> <li>Almohadillado/protección</li> </ul>
<b>Grado II</b> Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta epidermis/dermis Aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.	Polimicrobiana: -Cocos Gram+ ( <i>S. aureus</i> , SCN) -Bacilos Gram- (Enterobacterias) -Anaerobios ( <i>Peptoestreptococcus spp</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicilina-clavulánico 1g/8h/iv</li> </ul> Iniciar tratamiento antimicrobiano <b>dirigido</b> si continúan síntomas tras 2-4 semanas de iniciar medidas de prevención /analgesia /limpieza ó signos de Infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ciprofloxacino 200 mg/12h/iv ± Clindamicina 600 mg/8h/iv ó Metronidazol 500 mg/8h/iv</li> </ul>	<b>Tomar Cultivos por aspiración, evitar torundas, si se usan, remitir 2 torundas a cultivo.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apósito Hidrocolide /Pasta Hidrocoloide</li> <li>Apósitos Hidrocelulares</li> <li>Pomada Enzimática</li> <li>Almohadillado/Protección</li> </ul>
<b>Grado III</b> Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.	Polimicrobiana: -Cocos Gram +: <i>S. aureus</i> , SCN, <i>Enterococcus spp</i> , <b>Riesgo MARS*</b> -Bacilos Gram -: <i>Enterobacterias</i> , <i>Pseudomonas spp</i> . <b>Riesgo BLEE**</b> -Anareobios ( <i>Peptoestreptococcus spp</i> y <i>Bacteroides spp</i> )	<u><b>Origen comunitario</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicilina-clavulánico 2 g/8h/iv o Ceftriaxona 2g/24h/iv ó Cefepime 1g/8h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv</li> </ul> <u><b>Origen nosocomial</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pipe-Tazo 4 g/8h/iv + Vancomicina 1 g/12h/iv ó Linezolid 600 mg/12h/iv ó Daptomicina 5mg/Kg/24h/iv (alternativas si insuf renal)</li> </ul> <u><b>Riesgo BLEE**:</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Meropenem 1g/8h/iv ± Vancomicina 1 g/12h/iv ó Linezolid 600 mg/12h/iv ó Daptomicina 4mg/kg/día/iv</li> </ul> <u><b>Con datos de sepsis:</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pipe-tazo 4 g/8h/iv + Vancomicina 1 g/12h/iv ó Linezolid 600 mg/12h/iv o vo ó Daptomicina 4 mg/kg/24h/iv</li> </ul>	<u><b>Origen comunitario</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ciprofloxacino 400 mg/12h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv</li> </ul> <u><b>Origen nosocomial</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Levofloxacino 500 mg/24h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv ± Linezolid 600mg/12hiv o vo.</li> <li>Aztreonam<sup>(1)</sup> 1-2 g/8h/iv + Metronidazol 500 mg/8h/iv ± Linezolid 600 mg/12h/iv o vo.</li> </ul> <u><b>Riesgo BLEE** /datos sepsis.</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aztreonam 1g/8h/iv<sup>(1)</sup> + Tigeciclina 100/iv (dosis carga) seguido de 50 mg/12h/iv<sup>(2)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Drenaje/curetaje quirúrgico.</li> <li>Tratamiento empírico SOLO si datos de sepsis, sino esperar resultados cultivos para tratamiento dirigido.</li> <li>Tomar Cultivos por aspiración, evitar torundas.</li> <li>Hemocultivo si fiebre o datos de sepsis.</li> <li><u>Tratamiento Antibiótico sólo si:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Necrosis Húmeda</li> <li>Signos ciertos de infección</li> <li>Fiebre no atribuible a otras causas</li> <li>Supuración/Secreción Maloliente</li> </ul> </li> <li>Tener en cuenta: Cultivos previos y antibióticos previos. (Colonización Multirresistentes, factores de riesgo para <i>P aeruginosa</i>)</li> </ul>
<b>Grado IV</b> Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular				

\***Criterios de MRSA:** colonización/infección previa, residencia en centro sociosanitario, múltiples ingresos o ingresos en otros hospitales, pacientes con lesiones necróticas, antibióticos previos.

\*\***Criterios de BLEE :** colonización /infección previa; procedencia de centro sociosanitario /otro hospital /haber estado ingresado en hospital de agudos (últimos 6 meses); haber recibido tratamiento antibiótico (últimos 3 meses) cefalosporinas 3<sup>ra</sup>, quinolonas, carbapenémicos.; haber sido sometido a intervención quirúrgica (últimos 3 meses) o procedimientos invasivos (SNG, endoscopia, sondaje vesical). Comorbilidad: sepsis grave/shock séptico, trasplante renal/insuficiencia renal crónica, enfermedad hepática avanzada, diabetes mellitas, infección urinaria recurrente, obstrucción biliar, tratamiento con corticoides.

<sup>(1)</sup> Valorar disponibilidad en Farmacia. <sup>(2)</sup> En ausencia de otras alternativas, considerar tratamiento combinado